

Die niederländische Krankenversicherung unter Mitgift starker öffentlich-rechtlicher Elemente zu privatisieren ist nicht nur in rechtlicher Hinsicht eine bemerkenswerte Konstruktion. Gerade weil der sozialpolitische Auftrag mit der privatwirtschaftlichen Durchführung kombiniert wurde, sind ungeahnte Effizienzgewinne möglich: Sicher sind sie nicht.

Über die neue Konstruktion in den Niederlanden berichten in dieser Ausgabe Ewout van Ginneken, Reinhard Busse und Christian Gericke. Auf zahlreichen Reisen haben sich die Berliner Gesundheitspolitiker davon bereits faszinieren lassen: In den Niederlanden gehört nun die ungleiche Konkurrenz von GKV und PKV und damit eine Zwei-Klassen-Medizin der Vergangenheit an. Der Staat bestimmt positiv den Leistungskatalog der Basisversicherung, der über einen Fonds von Arbeitgebern und Steuerzahler (für die Kinder unter 18) transparent mitfinanziert wird. Die (privatisierten) Krankenkassen kalkulieren Kopfprämien. Bürger mit geringem Einkommen erhalten steuerfinanzierte Zuschüsse. Die Krankenkassen können auch mit gemeinsam auftretenden Gruppen wie Unternehmen und Patientenvereinigungen begrenzt Sondertarife aushandeln. Ein Erfolgsmodell, das insbesondere den Einfluß der Patienten ungeahnt erhöht hat. Die Krankenkassen konkurrieren am Markt. Sie sollen sogar Gewinne erwirtschaften, auch wenn sie darüber nicht autonom verfügen können. Und für die Zusatzleistungen hält sich der Staat nicht nur aus der Finanzierung, sondern konsequent auch aus Fragen des Leistungskataloges und der Kalkulation heraus.

Natürlich ist auch dieses Modell mit Risiken behaftet: Kalkulieren die Krankenkassen seriös oder gehen sie insbesondere zu Beginn unangemessene Risiken ein? Immerhin hat sich der Wettbewerb um Bestands- und Neukunden massiv verschärft. Schon im ersten Halbjahr wechselten 25 Prozent der Versicherten. Bleiben Versicherte ohne Krankenversicherung, wenn sie ihre Prämien nicht mehr zahlen? Reicht der Einfluß der Patienten, um den knallharten Wettbewerb mit Kopfprämien versorgungspolitisch zu korrigieren? Bisher aber, so die Autoren, ist allen Unkenrufen zum Trotz ein Chaos ausgeblieben. Evaluationen des niederländischen Modells könnten für die parallele Diskussion in Deutschland Hinweise geben.

Doch wie sieht es in der Berliner Republik aus? Die ungleiche Konkurrenz von GKV und PKV wurde konserviert. Weder beim Leistungskatalog, noch bei den von der SPD geforderten Elementen der solidarischen Finanzierung wird die PKV einbezogen. Die Anmutung einer Zwei-Klassen-Medizin wird fortgesetzt (beklagt). Der Staat bestimmt in Deutschland nicht den Leistungskatalog der Basisversicherung, er okkupiert lediglich die aufwendige Veranstaltung „Bundesausschuss“, die ohnehin nur nach seinen strikten Vorgaben wirksam werden kann. Ansonsten wird meist „negativ“ über wenige neue Leistungen gestritten. Kommt hier und da etwas heraus, wie bei den Festbeträgen für unters Patent geflüchtete Pseudoinnovationen bei den Arzneimitteln, ist die Politik Lobby-sensibler als die Selbstverwaltung. Eine „Entmüllung der Medizin“ (F.W. Schwartz) wird man auf diesem Wege ebenso wenig erreichen wie die Abgrenzung eines Kataloges von Kernleistungen. So gibt es dann ambulante Protonentherapie für vielerlei Indikationen ohne Vorteil, Akupunktur aber nach monströsen Feldversuchen nur für's Knie.

Das ruft nach Verdrängung und Distanz. Und so macht sich der Gesetzgeber in Deutschland nun auf, zumindest die Krankenkassen zu verstaatlichen. Einen großen Schritt voran (Reform!) bringen Fonds, in den Arbeitgeber und Versicherte einzahlen. Woher Steuergelder kommen sollen, bleibt unklar. Bisher haben sich die Zuschüsse des Bundes aus der Tabaksteuer ebenso verpflichtet wie die meisten Bundesländer bei ihrer verfassungsgemäßen Aufgabe der Krankenhausfinanzierung. Die quasi verstaatlichten Krankenkassen werden nun die nach Fonds und Risikostrukturausgleich verbleibenden Restprämien pro Kopf kalkulieren, ohne auf der Vertragsseite den Leistungserbringern gegenüber halbwegs Kontraktfreiheit zu bekommen. Gruppenverträge und Tarife bleiben in weiter Ferne. Die Krankenkassen müssen sich Wettbewerbsmerkmale erkämpfen wie die freie Bühne im Regelvollzug.

Zwar sprechen die Eckpunkte der Koalition von „Tarifen“ und „Zusatzleistungen“, aber wenn der Politik selbst für die „Integrierte Versorgung“ neue Regulierungen einfallen, mag ein Anflug neuer Freiheit und Herausforderung nicht aufkommen. Wen will diese Politik damit wozu motivieren? Das wird (noch?) nicht erkennbar. Oder will die Regierung das Gesetz am Ende selbst „umsetzen“. Parallelen zu den sogenannten Neuordnungsgesetzen der späten Seehofer-Jahre drängen sich auf. Die Radikal-Reformerin Angela Merkel, die sich beim Leipziger Parteitag der Union auch in Holland zu Hause gefühlt hätte, wechselt auf einen spätsozialistischen Kurs, der nicht einmal DDR-Nostalgikern Zustimmung abnötigt. Und die Bürgerinnen und Bürger zeigen in den Umfragewerten, dass sie diesem Gebräu an der sensiblen Stelle der Gesundheitsversorgung nicht trauen. Fehlt nur noch Karl Lauterbach als Kunstschiütze der Gesundheitspolitik, der verlangt, die gerade sprudelnden Steuereinnahmen für Zuschüsse an die Kassen zu nutzen. Dann können die Leute diese und jene Operation vorziehen, damit alles gut ist, wenn die Steuereinnahmen wieder sinken. Wer fragt sich da nicht, ob Chaos auch in Deutschland ausbleibt?

K.H. Schönbach

